

ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН С ИСТМИКО-ЦЕРВИКАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Лысенко О.В., Журавлев А.Ю.

*УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов
медицинский университет»*

Введение: проблема невынашивания беременности – одна из наиболее актуальных в современном акушерстве, т.к. на протяжении последних десятилетий занимает ведущее место в структуре заболеваемости беременных. Частота спонтанных абортс достигает 15%. Причины самопроизвольных выкидышей чрезвычайно разнообразны, нередко к прерыванию беременности приводят не один, а несколько причинных факторов. Среди многих факторов, приводящих к прерыванию беременности, одно из ведущих мест занимает истмико-цервикальная недостаточность (ИЦН). Удельный вес данной патологии во втором и третьем триместрах беременности составляет 30-40 % [1]. Нельзя исключить роль психогенного фактора, нередко являющегося пусковым механизмом на фоне действия иных предрасполагающих причин. Известно, что психические процессы, эмоциональные реакции, свойства личности, особенности

взаимоотношений с окружающими людьми беременной женщины оказывают влияние на развитие ребенка начиная с внутриутробного периода [1, 3].

В настоящее время многими исследователями установлено большое значение "доминанты беременности" [2, 4, 5]. Кроме того, на условия внутриутробного существования плода влияет последовательная смена доминантных установок. Гестационная доминанта приходит на смену доминанты зачатия и необходима для нормального течения беременности. Согласно А. А. Ухтомскому (1950) доминанта есть временно существующая рефлекторная система, захватывающая один или несколько отделов мозга, навязывающая работу нервным центрам в данный момент и определяющая вектор поведения. На основе учения А.А. Ухтомского о доминанте И.А. Аршавским [2] было предложено понятие "гестационной доминанты". Различают *физиологический* и *психологический* компоненты гестационной доминанты. Так, И.В. Добряков [4] разделил беременных женщин на пять групп в зависимости от типа ПКГД: оптимального, гипогестогнозического, эйфорического, тревожного и депрессивного.

Цель: изучить психологический статус беременных женщин с ИЦН.

Материалы исследования: объектом исследования (основная группа) явились 30 беременных женщин с ИЦН в сроках 18-20 недель, госпитализированные в гинекологическое отделение УЗ «ВГК роддома №1» г. Витебска за период с 2004 по 2006 г. Контрольную группу составили женщины с нормально протекающей беременностью в сроках 18-21 недели (30 женщин).

Методы исследования: в работе использованы следующие методы:

- Общеклинические методы обследования;
- Методики психологического тестирования (шкала реактивной и личностной тревожности Ч.Д. Спилберга – Ю.Л. Ханина; опросник нервно-психического напряжения (НПН) (Т.А. Немчин, 1983 г.) и методика определения типа психологического компонента гестационной доминанты (ПКГД) (И.В. Добряков, 1996 г.);
- Общепринятые методы вариационной статистики с использованием компьютерной программы «Microsoft Excel».

Результаты и обсуждение: при изучении возрастного состава основной и контрольной групп выявлено, что более 3/4 беременных обеих групп – женщины 25–34 лет. Следовательно, группы по возрастному составу были сопоставимы.

В обеих группах преобладали повторнородящие женщины, а группы сопоставимы по этому критерию.

Сравнивая данные обследования основной и контрольной групп, необходимо отметить большее число перенесенных экстрагенитальных заболеваний, более высокий инфекционный индекс у женщин с ИЦН.

Течение беременности у женщин контрольной группы было нормальным. В основной группе течение беременности осложнилось ИЦН, угрозой прерывания. Диагноз был выставлен на основании жалоб, анамнеза, бимануального влагалищного исследования, лабораторных методов исследования, УЗИ.

Нами определен тип ПКГД у 30 женщин с неосложненным течением беременности и 30 женщин основной группы. У 25 (83,3%) женщин контрольной группы был выявлен оптимальный тип ПКГД, у 5 (16,7%) женщин этой группы – тревожный.

В основной группе оптимальный тип ПКГД был выявлен у 9 женщин (30%), эйфорический у 4 женщин (13,3%). У 17 женщин (56,7%) этой группы был выявлен тревожный тип ПКГД.

На наш взгляд, преобладание женщин с тревожным типом ПКГД в этой группе связано с частыми госпитализациями и высоким риском прерывания настоящей беременности, а выявление эйфорического типа ПКГД может быть связано с наличием у женщин в анамнезе бесплодия, самопроизвольных выкидышей, неразвивающихся беременностей, в связи с чем развивается эйфорическое отношение к настоящей беременности.

При изучении реактивной и личностной тревожности Ч.Д. Спилберга – Ю.Л. Ханина выявлена более высокая степень тревожности у женщин основной группы ($48,2 \pm 0,5$, $p < 0,05$) в сравнении с женщинами контрольной группы ($31,9 \pm 0,4$, $p < 0,05$).

При определении уровня нервно-психического напряжения установлено, что в контрольной группе преобладают женщины со слабой степенью НПН ($34 \pm 0,5$, $p < 0,05$). В то время как в основной группе уровень НПН был повышен и в среднем составил ($67,6 \pm 0,4$, $p < 0,05$).

Выводы:

1. Для прогнозирования течения беременности необходимо комплексное клинико-психологическое обследование беременных женщин, а также обязательное определение типа психологического компонента гестационной доминанты.

2. В группе беременных женщин с ИЦН преобладают женщины с тревожным типом психологического компонента гестационной

доминанты. Пациентки этой группы нуждаются в ранней помощи психолога.

3. У пациенток с ИЦН в сравнении с контрольной группой повышается тревожность, исследуемая при помощи шкалы реактивной и личностной тревожности Ч.Д. Спилберга – Ю.Л. Ханина, повышен уровень нервно-психического напряжения.

Литература:

1. Абрамченко, В. В. Психосоматическое акушерство / В. В. Абрамченко – СПб.: СОТИС, 2001 – 320 с.

2. Аршавский, И. А. Очерки по возрастной физиологии / И. А. Аршавский. – М., 1967. – С. 15-154.

3. Батуев, А. С. Учение о доминанте как теоретическая основа формирования системы "мать-дитя" / А. С. Батуев, Л. В. Соколова // Вестник Санкт-Петербургского университета. – СПб.: Изд-во СПб ГУ, – 1994. – В.2. – С. 85-102.

4. Эдеймиллер, Э. Г. Семейный диагноз и семейная психотерапия: Учебное пособие для врачей и психологов / Э. Г. Эдеймиллер, И. В. Добряков. И. М. Никольская. – СПб.: Речь, 2003. – С. 104–140.

5. Hedegaard M Stress during pregnancy and gender of the child / M. Hedegaard, N. Secher // Ugeskr-Laeger. – 2000. – Vol 162, N 14. – P. 2054.